

Inschrijfformulier Fysio Fitness Fysiotherapie Bouwens

Gegevens Deelnemer

Voornaam:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	
Achternaam:	Geboortedatum:	
Adres:	E-mail:	
Postcode:	Woonplaats:	
Telefoon:	Mobiel:	
Beroep:	Lengte:	Gewicht: kg
Huisarts:	Tel.nr. Huisarts:	

Abonnement Fysio Fitness <input type="checkbox"/> 1 x per week € 6,50 <input type="checkbox"/> 2 x per week € 13,00 Startdatum:	<input type="checkbox"/> Maandag 18:45 – 19:45 <input type="checkbox"/> Maandag 19.45 - 20.45 <input type="checkbox"/> Dinsdag 10:30- 11.30 <input type="checkbox"/> Dinsdag 14:30- 15:30 <input type="checkbox"/> Dinsdag 18.15 - 19.15 <input type="checkbox"/> Woensdag 10.00 – 11.00 <input type="checkbox"/> Woensdag 19.00 – 20.00 <input type="checkbox"/> Donderdag 08:30-9:30 <input type="checkbox"/> Donderdag 09:30-10:30 <input type="checkbox"/> Donderdag 17:45-18:45 <input type="checkbox"/> Vrijdag 08.30- 9.30 <input type="checkbox"/> Geen Voorkeur Opmerking:
---	---

Betaalwijze Abonnementsgelden kunnen uitsluitend worden voldaan middels een automatische incasso opdracht. Fysiotherapie Bouwens incasseert het abonnementsgeld iedere eerste van de maand.
--

Automatische incasso opdracht Ondergetekende verleent hierbij tot wederopzegging machtiging aan: J.M.H.Bouwens Praktijk voor Fysiotherapie te Raamsdonksveer een bedrag af te schrijven wegens abonnementsgeld van: IBAN/Rekeningnummer <input type="checkbox"/> Bank <input type="checkbox"/> Giro Ten name van adres Postcode & Woonplaats Datum Handtekening

Vrijwaring Ondergetekende vrijwaart Fysiotherapie Bouwens van elke vorm van aansprakelijkheidsstelling voor schade (met name letselschade) die het gevolg is van deelname aan de door Fysiotherapie Bouwens aangeboden programma('s) of adviezen, tenzij de schade is ontstaan door opzet of grove nalatigheid van Fysiotherapie Bouwens of een van de medewerkers. Fysiotherapie Bouwens stelt zich niet aansprakelijk voor diefstal of vermissing van uw eigendommen. De sporter verklaart akkoord te zijn gegaan met de onderstaande algemene bepalingen en de algemene huisregels en voorwaarden van Fysiotherapie Bouwens. Door ondertekening van dit formulier verklaart de sporter dat alle gegevens en het medische vragenformulier naar waarheid zijn ingevuld. Aldus getekend te, d.d. - - Handtekening:

Algemene bepalingen / Huisreglement

- 1.1 Uw lidmaatschap is strikt persoonlijk en niet overdraagbaar
- 1.2 Bij tijdelijke onderbreking van de training door verzuim of vakanties e.d. dient de contributie te worden doorbetaald.
- 1.3 U mag uw verloren lessen inhalen in de eerste periode na uw vakantie; dit geldt uitsluitend voor een maximum van 3 weken.
- 1.4 U dient zich dan wel 48 uur voor aanvang van een les afgemeld te hebben zodat andere de mogelijkheid hebben hier een les in te halen. Anders vervalt de les.
- 1.5 Bij ziekte en/of blessures zijn de eerste 2 weken voor eigen risico. Hierna kan in overleg mogelijk een regeling worden getroffen.
- 1.6 Een regeling treffen i.v.m. langdurige afwezigheid door gezondheidsproblemen, kan alleen wanneer u dit tijdig aan ons doorgeeft en wanneer u in het bezit bent van een doktersverklaring. zonder doktersverklaring betaalt u een afkoopsom van 50% van het nog verschuldigde abonnementsgeld
- 1.7 Fysiotherapie Bouwens behoudt zicht het recht voor om, indien zij dit nodig acht, het tarief van de contributie, de lestijden/dagen en reglementen te wijzigen.
- 1.8 Wanneer u uw lidmaatschap wilt beëindigen, kan dit alleen schriftelijk. Mondelinge en telefonische opzeggingen worden niet in behandeling genomen.
- 1.9 U dient altijd één periode aan opzegtermijn te betalen; dit is altijd één hele periode (een periode is vier weken)
- 1.10 Blijft u zonder geldige opgaaf van reden weg, dan loopt uw contributie gewoon verder.
- 1.11 In verband met de hygiëne bent u verplicht een handdoek te gebruiken op de apparatuur en dient u in de trainingsruimte schone binnen schoenen te dragen met lichte kleur zolen.
- 1.12 Het is verboden te roken.
- 1.13 Officiële feestdagen zijn wij gesloten

Medische vragenlijst t.b.v Fysio Fitness

Medisch Geheim

Deze vragenlijst valt onder het medische beroepsgeheim. Wij beoordelen de lijst om zodoende u te kunnen adviseren over een verantwoord sportprogramma. Als er nadere informatie nodig is nemen wij contact met u op. Zolang u deelnemer bent wordt de lijst bewaard, daarna of na 3 jaar wordt hij vernietigd.

Instructie

Bij de open vragen moet u zelf een antwoord formuleren. Wij vragen u dat in blokletters te doen. Bij de keuzevragen is het de bedoeling dat u het antwoord(hokje) aankruist als het antwoord op u van toepassing is.

Komen of kwamen er in uw naaste familie (ouders, broers, zusters) voor het zestigste levensjaar de volgende aandoeningen voor? Zo ja, bij welk familielid?	Hart- en vaatziekten Hoge Bloeddruk Hersensbloeding	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bent u onder behandeling van Waarom bent u onder behandeling (alleen indien van toepassing)?	De huisarts De specialist De fysiotherapeut	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gebruikt u medicijnen wegens de volgende aandoeningen?	Hoge bloeddruk Hartaandoeningen Longaandoeningen Suikerziekte T.b.v. Bloedverduunning Andere aandoeningen nl:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Heeft u regelmatig last van	Hartkloppingen Onregelmatige hartslag Overslaan van het hart	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wordt u kortademig bij inspanning	Ja Nee	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Krijgt u bij inspanning en/of stress pijn op de borst, die snel afzakt in rust?	Ja Nee	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Heeft u last van etalagebenen? (pijn bij enige tijd lopen welke direct afzakt bij stilstaan)	Ja Nee	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zijn uw voeten regelmatig gezwollen?	Ja Nee	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Heeft u in rust last van	Kortademigheid Pijn op de borst Benauwdheid	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Rookt u?	Ja, ik rook Nee, maar in het verleden wel gerookt Nee	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Heeft u last van langdurige vermoeidheidsklachten?	Ja Nee	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Heeft u één van de volgende aandoeningen gehad?	Hartaanval (hartinfarct) Pijn op de borst (angina pectoris) Hartklepaandoeningen Verhoogde bloeddruk Andere hart- of vaatafwijkingen (geen spataderen) Hersenvloeding Suikerziekte Schildklierafwijking Astma, bronchitis Inspanningsastma Epilepsie Andere aandoeningen:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ondervindt u van een van de hierboven aandoening op dit moment last/hinder? Zo ja, welke?	Nee Ja,	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens een operatie ondergaan? Zo ja waarvoor en wanneer ?	Nee Ja,	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Heeft u bij inspanning wel eens last van de aandoening waarvoor u geopereerd bent? Zo ja, wat voor klachten?	Nee Ja,	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Heeft u bij het dagelijks functioneren pijn/klachten in:	Enkels Knieën Heupen Rug Schouders Ellebogen Nek Andere gewrichten/spieren:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Heeft u bij spanning of verhoogde belasting pijn/klachten in:	Enkels Knieën Heupen Rug Schouders Ellebogen Nek Andere gewrichten/spieren:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Heeft u last van uitstralend pijn vanuit uw rug naar armen en/of benen?	In de armen In de benen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Heeft u andere klachten (behalve de hierboven genoemde) die u beperken in uw dagelijks functioneren? Zo ja welke?	Nee Ja,	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Heeft u andere klachten (behalve de hierboven genoemde) die u beperken bij verhoogde belastingen? Zo ja welke?	Nee Ja,	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Is er wel eens geadviseerd een bepaalde belasting niet te ondergaan, dan wel te voorkomen? En welke belasting is dat?	Nee Ja,	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Doet u momenteel aan sport?	Nee, al meer dan 5 jaar niet meer Nee, ik ben korter dan 5 jaar geleden gestopt Ja, maar niet regelmatig Ja, gemiddeld 1 maal per week Ja, meer dan 1 maal per week	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Indien u sport, onder welke categorie valt dan uw sportbeoefening?	Duursport, zoals joggen, wandelen, fietsen, roeien, aerobics Snel sport, zoals voetbal, volleybal, hockey, basketbal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	Racketsport, zoals tennis en squash Overige sporten, zoals gymnastiek, fitness	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hoe schat u uw conditie in?	Slecht Matig Redelijk Goed Zeer goed	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wat is de belangrijkste reden waarom u gaat sporten?	Geen specifieke reden Gezelligheid Handhaven of verbeteren conditie/fitheid Afvallen/figuurverbetering Ter ondersteuning van overige sportbeoefening Verhelpen of voorkomen van spier- of gewrichtsklachten Anders, nl:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

